|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN ĐƠN VỊ BÁO GIÁ** | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**BÁO GIÁ**

Kính gửi: …………………………………..

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ, chúng tôi .................... *[ghi tên, địa chỉ của hãng sản xuất, nhà cung cấp; trường hợp nhiều hãng sản xuất, nhà cung cấp cùng tham gia trong một báo giá (gọi chung là liên danh) thì ghi rõ tên, địa chỉ của các thành viên liên danh]* báo giá cho các thiết bị y tế như sau:

1. Báo giá cho các thiết bị y tế và dịch vụ liên quan

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| STT | Số thứ tự theo Thông báo yêu cầu báo giá | Mã vật tư theo Thông báo yêu cầu báo giá | Tên hàng hóa/ Danh mục thiết bị y tế | Ký, mã, nhãn hiệu, model hãng sản xuất | Mã HS | Năm sản xuất | Xuất xứ | Mô tả hàng hóa/ tính năng kỹ thuật | Đơn vị tính | Số lượng/ Khối lượng | Đơn giá | Chi phí cho các DV liên quan | Thuế, lệ phí (nếu có)  (11\*12)\* Thuế suất | Thành tiền (VNĐ)  (11\*12)+13+14 | Đơn giá (có VAT) | Tiêu chuẩn chất lượng  (nếu có) | Thông tin kê khai giá | |
| Giá kê khai (nếu có) | Mã kê khai (nếu có) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* | *14* | *15* | *16* | *17* | *18* | *19* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Tổng tiền:…………………………………..* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Số tiền bằng chữ:…………..)

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: .... ngày, kể từ ngày ... tháng ... năm ... *[ghi cụ thể số ngày nhưng không nhỏ hơn 120 ngày]*, kể từ ngày ... tháng... năm ... *[ghi ngày ....tháng...năm... kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 6 Mục I - Yêu cầu báo giá].*

3. Chúng tôi cam kết:

- Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc bị thu hồi Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc Giấy chứng nhận đăng ký hộ kinh doanh hoặc các tài liệu tương đương khác; không thuộc trường hợp mất khả năng thanh toán theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp.

- Giá trị của các thiết bị y tế nêu trong báo giá là phù hợp, không vi phạm quy định của pháp luật về cạnh tranh, bán phá giá.

- Những thông tin nêu trong báo giá là trung thực.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……, ngày.... tháng....năm....* **Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp** *(Ký tên, đóng dấu (nếu có))* |

***Ghi chú: Hướng dẫn cung cấp thông tin Báo giá theo số thứ tự các cột***

(1) Ghi số thứ tự theo Báo giá.

(2) Ghi số thứ tự đúng theo thông báo yêu cầu báo giá.

(3) Ghi mã vật tư đúng theo thông báo yêu cầu báo giá (nếu có).

(4) Ghi chủng loại thiết bị y tế theo đúng yêu cầu ghi tại cột “Danh mục thiết bị y tế” trong Yêu cầu báo giá.

(5) Ghi cụ thể tên gọi, ký hiệu, mã hiệu, model, hãng sản xuất của thiết bị y tế tương ứng với chủng loại thiết bị y tế ghi tại cột “Danh mục thiết bị y tế”.

(6) Ghi cụ thể mã HS của từng thiết bị y tế (nếu có).

(7), (8) Ghi cụ thể năm sản xuất, xuất xứ của thiết bị y tế.

(9) Ghi mô tả về hàng hóa, tính năng kỹ thuật.

(10), (11) Ghi đơn vị tính, số lương đúng theo danh mục đính kèm Thông báo yêu cầu chào giá.

(12) Ghi đơn giá chưa bao gồm chi phí DV khác (nếu có), Thuế, phí..

(13) Ghi chi phí dịch vụ liên quan (nếu có)

(14) Ghi mức thuế theo quy định. ( =(11 X 12) X % Thuế xuất)

(15) Ghi trị hàng hóa đã bao gồm chi phí dịch vụ (nếu có) và Thuế ( = (11 X 12) +13 +14)

(16) Đơn giá bao gồm thuế VAT của một đơn vị tính.

(17) Ghi rõ Tiêu chuẩn chất lượng.

(18), (19) Ghi rõ giá kê khai, mã kê khai trong thời gian gần nhất và còn hiệu lực.